

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**DIPLOMSKA NALOGA**

**POLONA PERKO**

**IZOLA, 2014**

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**ZDRAVSTVENA NEGA IN PSIHOSOCIALNA REHABILITACIJA  
PACIENTOV S SHIZOFRENIJO**

**NURSING CARE AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH  
SCHIZOPHRENIA**

**Študentka: POLONA PERKO**

**Mentor: Dr. VESNA ČUK, prof. zdr. vzg.,viš. pred.**

**Študijski program: DODIPLOMSKI VISOKOŠOLSKI ŠTUDIJSKI  
PROGRAM**

**Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA**

**Izola, 2014**

## KAZALO VSEBINE

1	UVOD .....	1
2	NAMEN IN CILJI NALOGE .....	3
3	TEORETIČNA IZHODIŠČA .....	4
3.1	PREDSTAVITEV DIAGNOSTIKE IN KLINIČNE SLIKE SHIZOFRENIJE .....	7
3.1.1	Paranoidna shizofrenija (F20.0) .....	7
3.1.2	Hebefrenska shizofrenija (dezorganizirana shizofrenija) (F20.1) .....	8
3.1.3	Katatonska shizofrenija (F20.2) .....	8
3.1.4	Nediferencirana shizofrenija (F20.3) .....	8
3.1.5	Postshizofrenska depresija (F20.4) .....	9
3.1.6	Rezidualna shizofrenija (F20.5) .....	9
3.1.7	Enostavna shizofrenija (F20.6) .....	9
3.2	PSIHOSOCIALNA REHABILITACIJA PACIENTOV S SHIZOFRENIJO .....	10
3.2.1	Vladni in nevladni programi v Sloveniji .....	13
3.2.2	Vloga družinskih članov pri zdravljenju in psihosocialni rehabilitaciji oseb s kronično shizofrenijo .....	19
3.3	ZDRAVSTVENA NEGA NA PSIHIATRIČNEM PODROČJU .....	20
3.3.1	Vloga medicinske sestre v zdravstveni negi na psihiatričnem področju .....	21
4	ZAKLJUČEK .....	24
5	LITERATURA .....	27

## **POVZETEK**

Duševne motnje ne prizadenejo le posameznikov, temveč tudi njihove družine in družbo v celoti, zato zanje potrebujemo holističen pristop in sodelovanje več različnih služb. Rehabilitacija pomeni povezovanje med prizadetimi in tistimi, ki so jim v oporo in pomoč. Namenjena je ljudem, ki so prizadeti zaradi hudih duševnih motenj, njihovim svojcem in skrbnikom. Shizofrenija je duševna motnja, za katero so značilni pozitivni in negativni simptomi. Pozitivni simptomi so lahko različne blodnje in halucinacije, na podlagi katerih pacient dojema svet, negativni simptomi pa zmanjšujejo pacientove sposobnosti in se kažejo kot upad zanimanja in volje, okrnjeni govor, upočasnjeno mišljenje in brezvoljnost. Zdravstvena nega na področju psihiatrije se ukvarja z odzivi na posameznikove duševne težave in motnje, z družino ali širšo skupnostjo na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Temelji na odnosu med medicinsko sestro in pacientom, njunem sodelovanju in interakciji.

S teoretično diplomsko nalogo smo opisali stanje psihosocialne rehabilitacije pacientov s shizofrenijo v Sloveniji ter naredili pregled slovenskih vladnih in nevladnih programov na tem področju. Predstavili smo vlogo zdravstvene nege in medicinske sestre v okviru psihosocialne rehabilitacije ter vlogo družine v procesu zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije. S pregledom literature in raziskav problematike na omenjenem področju lahko ugotovimo, da je bil tudi v Sloveniji narejen napredek, tuje raziskave pa ugotavljajo, da ima to področje še veliko možnosti za izboljšave različnih oblik pomoči.

**Ključne besede:** shizofrenija, psihosocialna rehabilitacija, zdravstvena nega, pomoč, družina.

## **ABSTRACT**

Mental disorders affect not only individuals but also their families and society, so a holistic approach and interaction with multiple services is needed. Rehabilitation is integration between the affected ones and people that support and help them. It is aimed for those who suffer from severe mental disorders, their families and carers.

Schizophrenia is a mental disorder, which is characterized by positive and negative symptoms. Positive symptoms are listed as various delusions and hallucinations through which patient perceives the world. Negative symptoms reduce the patient's ability, interest and will and are shown as mutilated speech, slow thinking and apathy. Nursing care in the field of psychiatry deals with reactions to one's mental health problems and disorders, with family or the community at all levels of health care. It is based on the relationship between nurse and a patient, their cooperation and interaction.

The theoretical thesis describes the state of psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia in Slovenia. We have also made an overview of the government and non-government programs on the subject. We have presented the role of nursing care and nurses within the psychosocial rehabilitation and the role of the family in process of treatment and psychosocial rehabilitation. By reviewing the literature and the studies on the mentioned issue in psychosocial rehabilitation we conclude that Slovenia has made progress, however foreign researches note that this area has still great improvement potential with various forms of assistance.

**Keywords:** schizophrenia, psychosocial rehabilitation, care, assistance, family.

## 1 UVOD

Po navedbah Svetovne zdravstvene organizacije (1) več kot tretjina svetovnega prebivalstva v življenju vsaj enkrat razvije simptome vsaj ene duševne motnje.

Čeprav danes številne bistvene sestavine duševnih bolezni prepoznavamo, je definiranje le-teh še vedno močno vpeto v kulturni, socialni, čustveni in doživljajski svet posameznika. Izraz *duševna bolezen* se nanaša na vse duševne motnje, ki jih lahko diagnosticiramo in za katere so značilne spremembe v mišljenju, razpoloženju in/ali vedenju, odstopajo od tega, kar je za neko družbo običajno in ovirajo posameznikovo delovanje (2).

Obstaja veliko duševnih motenj, pri katerih opazujemo psihotične simptome. Pri kroničnih psihotičnih motnjah (npr. shizofrenija) lahko simptomi v določenem obdobju motnje (remisija) izostanejo in se ob poslabšanju (relapsu) ponovno pojavijo. Čeprav že diagnostični kriteriji vključujejo več skupin oziroma tipov, ki nimajo nujno istega ali istih vzrokov, shizofrenijo obravnavamo kot samostojno motnjo. Natančnega vzroka zanjo pravzaprav ne poznamo. Danes sprejete teorije govorijo o multifaktorski pogojenosti shizofrenije, ki nastane kot interakcija bioloških in psihosocialnih dejavnikov (3).

V zdravstveni negi na psihiatričnem področju je zelo pomembno oblikovanje pravilnega terapevtskega odnosa, saj je medicinska sestra za pacienta na začetku zdravljenja s svojo prisotnostjo in ravnanjem velikokrat edina povezava z realnim svetom (4). Zidarič in sodelavci (4) menijo, da mora medicinska sestra, ki želi delati s pacientom s shizofrenijo, njegovo občasno neprijetno vedenje prepoznavati kot posledico bolezni, mu pomagati in ga ne odklanjati.

Zdravstveno nego na psihiatričnem področju lahko opišemo kot kompleksno, strokovno in načrtovano ravnanje. S pomočjo timske metode dela in koordinacije vseh zaposlenih v zdravstveni negi prispeva k vzpostavitvi ustreznega funkcioniranja pacienta, k zmanjševanju posledic nekaterih omejitev in institucionalizacije, k varovanju posameznika pred njim samim, drugimi ali okoljem, poskuša pa tudi zagotoviti maksimalno dobro telesno in psihično počutje (5).

Dolgotrajne duševne motnje povzročajo pomanjkanje zmožnosti oziroma invalidnost. Mednje sodijo zmanjšane sposobnosti na področjih socialnega delovanja, kot so na primer zaposlitev, druženje, skrb za gospodinjstvo in zase, sposobnost navezovanja in vzdrževanja socialnih stikov in podobno. Stopnja invalidnosti v tej skupini je lahko zelo različna in zahteva visoko prilagodljivost obravnave, kar za posameznika pomeni prilagojeno intenziteto in vrsto podpore glede na njegove specifične zmožnosti, prednosti in invalidnost (6).

Shizofrenija je kronična duševna motnja, zato sta tudi zdravljenje in rehabilitacija dolgotrajni. Namen je odstraniti ali omiliti njene simptome in preprečiti prizadetosti oziroma zmanjšane sposobnosti pri večini pacientov. Uporabljamo zdravila, psihoterapevtske in socioterapevtske ukrepe (3).

Koprivšek (7) opisuje psihosocialno rehabilitacijo kot skupino socialnih, zaposlitvenih, izobraževalnih, vedenjskih in kognitivnih intervencij, ki izboljšajo funkcioniranje pacienta in pospešijo njegovo zdravljenje.

Švab (8) navaja, da je psihosocialna rehabilitacija pacientov pomembna zato, ker jih usmerja k okrevanju, izboljšanju kakovosti življenja ter povečevanju njihove kompetentnosti. Psihija se kljub uspešni organizaciji psihiatrične skrbi še vedno srečuje s prenapolnjenostjo posebnih socialnih zavodov in domov za starejše s kroničnimi psihotičnimi pacienti, ki tam nimajo možnosti za rehabilitacijo zaradi pomanjkljive izobrazbe osebja, premajhnih finančnih sredstev in slabe povezanosti z drugimi strokami in resorji (8).

V okviru nevladnih organizacij se oblikujejo programi dnevnih centrov, stanovanjskih skupnosti, usposabljanj za delo in zaposlovanja ter skupin za samopomoč, problem pa je, da trenutno odgovarjajo le na potrebe najbolj ogroženih posameznikov – tistih, ki so najrevnejši in najbolj osamljeni (8).

## 2 NAMEN IN CILJI NALOGE

Namen diplomske naloge je analiza in pregled literature na temo psihosocialne rehabilitacije pacientov s shizofrenijo v Sloveniji. Z diplomsko nalogo, ki je teoretičnega tipa, bi radi prikazali trenutno stanje psihosocialne rehabilitacije pri nas in po svetu ter pregledali oblike pomoči tako obolelim za shizofrenijo kot njihovim svojcem.

Cilj diplomske naloge je pregled teoretičnih izhodišč, pregled in analiza domače in tuje literature, strokovnih in znanstvenih preglednih člankov na temo psihosocialne rehabilitacije oseb s kronično shizofrenijo, zdravstvene nege ter vrednotenja opravljenega dela.

V nalogi bomo poskušali najti odgovore na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako je v Sloveniji organizirana psihosocialna rehabilitacija oseb s kronično shizofrenijo? Kakšne vladne in nevladne programe imamo v Sloveniji?
- Kako poteka vključevanje pacientov s kronično shizofrenijo v socialno okolje in kakšne zaposlitvene možnosti imajo?
- Kakšna je vloga zdravstvene nege pri obravnavi s kronično shizofrenijo v okviru psihosocialne rehabilitacije? Kako pomemben je bolnikov uvid v bolezen? Kakšna je vloga družinskih članov?



### 3 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Pionir sodobneje zasnovanega okvira te bolezni je Emil Kraepelin, ki je leta 1896 uredil množico do tedaj opisovanih psihotičnih kliničnih slik, od starejših Esquirola in Morela z »demenco mlajše dobe« in »pridobljeno idiotijo« do »hebefrenije«, »katatonije« in »paranoidne demence« svojih sodobnikov Heckerja in Kahlbauma.

Kraepelin je opisal in jasno razmejil novo opisano klinično entiteto od manično depresivne psihoze. Poimenoval jo je *dementia praecox* (»prezgodnja demenca« ali »pobebljenost«). Menil je, da je to duševna bolezen, ki nastane pri mlajših ljudeh brez zunanjih razlogov in ima neznane notranje ali endogene vzroke. Predvideval pa je metabolično etiologijo. Nadalje je menil, da bolezenski proces v večini primerov vodi do duševnega propada oziroma do demence. Kot poglobitno značilnost je opisal svojevrstno razrušenje notranjih psihičnih povezav, kar lahko v skrajni meri privede do duševnega kaosa (9).

Shizofrenije se zaradi nenavadnosti njenih simptomov držijo številna napačna pojmovanja: shizofrenija ni niti razcepljena osebnost niti multipla osebnost ali rezultat napačnega materinstva. Bolj kot odstiramo zmotne poskuse razumevanja shizofrenije, bolj spoznavamo, da so njeni simptomi zelo normalna reakcija na dražljaje in svet, v katerem živijo ti ljudje (2).

Shizofrenija je bolezen, ki ima korenine v človekovi biološki, duševni in družbeni sferi (9).

Je dolgotrajna in ponavljajoča motnja, nekateri simptomi sčasoma namreč poniknejo in se nato spet pojavijo, izboljšajo ali poslabšajo (10).

Spekter simptomov navadno vključuje psihotične znake, na primer notranje glasove ali druga občutja, ki v realnosti nimajo vira – čemur pravimo halucinacije – ter pripisovanje nenavadnega pomena navadnim stvarjem ali zmotna prepričanja o sebi in drugih – čemur pravimo blodnje (2).

Zdravljenje se pri nas največkrat začne s sprejemom v psihiatrično bolnišnico. To ima dobre in slabe strani. Dobro je, da v bolnišničnem okolju pacientom, predvsem ob prvih sprejemih, omogočimo ustrezno diagnostiko (laboratorijske preiskave, psihološko

testiranje in nevrološki pregled). V bolnišnici najlažje in najhitreje uvajamo antipsihotična zdravila, preverjamo njihovo učinkovitost in stranske učinke (11).

Namen zdravljenja je odstraniti ali omiliti njene simptome in preprečiti prizadetosti oziroma zmanjšane sposobnosti pri pacientih (3).

Osnovna zdravila za shizofrenijo so antipsihotiki, ki delujejo na porušeno ravnotežje živčnih prenašalcev v možganih. Delujejo specifično na bolezenske simptome, nekateri pa imajo tudi dodatni sedativni učinek. V primeru hujše vznemirjenosti (agitacije) ali nasilnega vedenja jih kombiniramo s pomirjevali iz skupine benzodiazepinov (12).

Koprivšek (3) navaja, da z antipsihotiki najbolj uspešno odpravljamo pozitivne in razpoloženske simptome, nekoliko manj pa negativne in kognitivne (motnje pozornosti in koncentracije, spomina, izvršilnih funkcij). Od drugih skupin zdravil uporabljamo še anksiolitike in sedative, antidepresive, stabilizatorje razpoloženja in antiholinergične antiparkinsonike. V Sloveniji že nekaj let ne uporabljamo elektrokonvulzivne terapije. Uspešnost te vrste zdravljenja je v določenih podtipih shizofrenije sicer dokazana, ima pa negativen odmev med ljudmi (3).

Po končanem akutnem zdravljenju, ki povprečno traja okoli 8 tednov, je potrebno nadaljevalno zaščitno zdravljenje, ki preprečuje ponovno poslabšanje. Pacienti v tej fazi zdravljenja pogosto opustijo, zato je po odpustu iz bolnišnice pomembno sodelovanje z družino in službami na terenu (12).

Najpogostejši razlogi za nesodelovanje pacienta so povezani s pomanjkanjem uvida in kritičnosti do bolezni in s tem potrebe po zdravljenju. To najboljše opišeta trditvi, ki ju ti bolniki pogosto izrečejo: »Zakaj bi jemal zdravila, če pa z menoj ni nič narobe?« ali »Sem popolnoma zdrav, torej ne rabim nobenih zdravil in tudi to zdravljenje je povsem nepotrebno.« Pomanjkanje uvida je delno biološko pogojeno. Možgani so namreč edini telesni organ, ki ob bolezensko spremenjenem delovanju človeku ne sporoča opozoril, da je z njim nekaj narobe. Večina ostalih telesnih organov mu to preko bolečine, otekline ali drugače občutene oblike težave jasno sporoči, zato je možnost boljšega uvida večja, s tem pa tudi kritičnost in sodelovanje (13).

Pri pacientih je uvid v bolezen v akutni fazi bolezni redek. Vodopivec (14), ki povzema po

McKennu in Žvanu, navaja, da je uvid v akutni epizodi odsoten pri 84,1 odstotkih. Še dve leti po akutni epizodi je od vseh simptomov ta najbolj pogost, in sicer pri 42,5 odstotkih (ob tem, da so absolutne številke manjše zato, ker je visok delež pacientov z malo ali nič simptomi). Pomanjkanje uvida je simptom, ki ga je najtežje zdraviti in lahko vztraja tudi potem, ko halucinacije ali blodnje že izzvenijo (14).

V kasnejših obdobjih zdravljenja poskušamo zmanjševati stresnost pacientovega okolja in okrepiti pacientovo obrambo pred stresom. Programi zdravljenja, ki se v tem obdobju prevešajo v rehabilitacijo, so prilagojeni posameznikovim potrebam in zmožnostim ter obsegajo različne komponente (jemanje predpisane terapije, zaposlovanje, druženje, delo z družino, zagovorništvo, skupine za samopomoč, izobraževanje itd.). Povezanost rehabilitacije in zdravljenja je lahko za bolnika in za njegove bližnje življenjskega pomena (8).

Rosenheck (15) in Catty (16) s sodelavci ugotavljata, da lahko z izboljšanim nadziranjem simptomov bolezni in zmanjševanjem poslabšanj s ponovnimi hospitalizacijami pomembno vplivamo na zaposlenost.

Rehabilitacija in psihiatrično zdravljenje se dopolnjujeta in se na določenih področjih prekrivata. Idealno je, če potekata vzporedno. Strokovnjaki na področju rehabilitacije so lahko socialni delavci, delovni terapevti, psihologi, psihiatri in medicinske sestre. Rehabilitacija je usmerjena na pacientove prednosti in sposobnost, da se vključi v skupnost (6).

Povezanost rehabilitacije in zdravljenja je lahko življenjskega pomena za pacienta in za njegove bližnje. V 30 samostojnih varstveno-delovnih centrih, v 21 enotah varstveno-delovnih centrov v sestavi drugih zavodov ter v 19 varstveno-delovnih centrih s koncesijo je bilo leta 2006 v Sloveniji 2587 oskrbovancev (za 4 odstotke manj kot leto prej); večinoma (84,9 odstotkov) starosti do 45 let. V vseh starostnih skupinah, razen v skupini 56 let in več, je bilo nekoliko več moških kot žensk (17).

### **3.1 PREDSTAVITEV DIAGNOSTIKE IN KLINIČNE SLIKE SHIZOFRENIJE**

Zaenkrat ne obstajajo testi ali preiskovalne metode, ki bi nedvomno potrdili, da gre pri pacientu za shizofrenijo. Diagnozo postavimo na podlagi simptomov, ki so v času diagnostike v ospredju, ter poteka same motnje in preteklih simptomov, ki niso nujno isti kot v času opazovanja pacienta. Pomembno je dobro zajemanje podatkov, ki vsebujejo podrobno avto- in heteroanamnezo, psihiatrični in psihološki pregled. Večino ostalih preiskav – ne sicer nujno vseh naštetih (elektroencefalogram, slikovne preiskave možganov (CT, MR, SPECT), laboratorijske preiskave krvi, tudi cerebrospinalnega likvorja) – pa opravimo, da izključimo morebitne druge bolezni, ki bi tudi lahko povzročile simptome, katere pri pacientu opazujemo. V Sloveniji uporabljamo klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije oziroma Mednarodno klasifikacijo bolezni – 10 (MKB – 10), ki opisuje tipe shizofrenije (3), predstavljene v nadaljevanju.

#### **3.1.1 Paranoidna shizofrenija (F20.0)**

Prognoza te oblike je (ob katatonski) ugodnejša od ostalih tipov in prevladuje po pogostnosti (3). V klinični sliki prevladuje bolj ali manj stabilna paranoidna in halucinatorna simptomatika s tipično shizofrensko blodnjavostjo in drugo blodnjavo simptomatiko ter z značilnimi shizofrenskimi slušnimi halucinacijami. Motnje čustvovanja, hotenja, katatonski znaki ali formalne motnje mišljenja, ki so sicer značilni za shizofrenijo, niso v ospredju klinične slike. Potek bolezni je lahko epizodičen – z delnimi do popolnimi remisijami – ali pa kroničen. Začetek je običajno kasnejši kot pri drugih tipih shizofrenije, tj. večinoma po 30. letu starosti. Pacienti s paranoidno shizofrenijo so sposobni dlje časa dajati vtis vsaj relativne urejenosti ter čustvene in osebnostne ohranjenosti, nemalokrat pa svojo psihično simptomatiko prikrivajo (9).

### **3.1.2 Hebefrenska shizofrenija (dezorganizirana shizofrenija) (F20.1)**

Pojavlja se zgodaj (od 15. leta naprej), v njej pa prevladujejo čustvene motnje (čustvena splitvenost, neustreznost), formalne motnje mišljenja, dezorganizirano mišljenje, avšasto (nenavadno) vedenje, depersonalizacije (3), halucinacije in katatonski znaki (9). Začetek je pogosto prikrit in neznačilen, pogosto daje videz adolescentne krize (9).

Prognoza je slabša, potek je kroničen s hitrim razvojem negativne shizofrenske simptomatije (čustvena otopelost, apatičnost, avtizem, socialni umik) (3) in je terapevtsko težje obvladljiva (9).

### **3.1.3 Katatonska shizofrenija (F20.2)**

Pojavlja se redkeje kot некоč (3). Dominantna simptomatika so psihomotorične motnje, ki se lahko izmenjujejo med hiperkinezijo in stuporjem. Katatonske simptome ter druge shizofrenske simptome, ki pa niso v ospredju klinične slike, navadno ugotavljamo retrogradno. Pomembno je razmišljati tudi diferencialno diagnostično in izključiti oziroma zdraviti telesne bolezni, ki lahko potekajo s katatonsko simptomatiko, npr. encefalitis, metabolične motnje, sistemske bolezni, zastrupitve itd. (9)

### **3.1.4 Nediferencirana shizofrenija (F20.3)**

Ta tip shizofrenije lahko imenujemo tudi atipičen, saj oblike bolezni, ki sicer ustrezajo splošnim kriterijem za shizofrenijo, merilom za ta ali oni podtip ne ustrezajo docela. Sem spadajo tudi klinične slike, ki ustrezajo kriterijem za več shizofrenskih podtipov (9).

### **3.1.5 Postshizofrenska depresija (F20.4)**

Gre za pojav depresivne epizode po obdobju (v zadnjem letu) pozitivnih in/ali negativnih shizofrenskih simptomov, ki pa niso več v ospredju. Etiologija ni jasna, možnih je več vzrokov. Lahko je sestavni del shizofrenije, lahko je povzročena z antipsihotiki (predvsem s prvo generacijo antipsihotikov), možno pa jo je razumeti tudi kot reakcijo na pretekle simptome in dogodke. Tako kot pri shizofreniji je tudi tu povečana nevarnost samomora – 10 odstotkov pacientov s shizofrenijo umre zaradi samomora (3).

### **3.1.6 Rezidualna shizofrenija (F20.5)**

Rezidualna shizofrenija je kronično stanje, ki se razvije po eni ali več tipičnih shizofrenskih epizodah, potem pa se aktivni simptomi bolezni ali umaknejo ali zelo izgubijo ostrino, ostaja pa predvsem negativna shizofrenska simptomatika v smislu upočasnenosti, manjše dejavnosti, pasivnosti in neinicativnosti ter tipičnih shizofrenskih čustvenih sprememb. Pacienti so miselno osiromašeni, opuščajo stike z okoljem in higienske navade, so zanemarjeni ipd. (9) Opisano stanje je lahko bistveno slabše, če zdravljenje in rehabilitacija nista bila ustrezna (3).

### **3.1.7 Enostavna shizofrenija (F20.6)**

Med vsemi podtipi shizofrenije je ta najbolj sporna (3).

Pri tej obliki shizofrenije se polagoma, ponavadi več let, razvijajo tipični znaki rezidualne shizofrenije, ne da bi pred njimi opazili kakšno pomembnejšo shizofrensko psihotično simptomatiko. Tipični so torej napredujoča čustvena spremenjenost, brezvoljnost, neinicativnost in opuščanje socialnih stikov. Rezultat bolezni je hud osebnostni in socialni propad. Mnogi od pacientov se znajdejo v obrobnih populacijah ali pa živijo izolirano kot osamelci oziroma posebneži. Diferencialno diagnostično je to obliko bolezni težko ločiti od trajne osebnostne motenosti, zato diagnozo postavljamo zelo redko in navadno šele po dolgoletnem opazovanju bolnika (9).

Pacienti s shizofrenijo imajo težave pri razlikovanju resničnega od neresničnega. Ne zmorejo v popolnosti nadzorovati svojih čustev ali logično razmišljati, navadno imajo težave tudi v odnosih z drugimi. Njihovo nenavadno vedenje je v glavnem posledica odziva na nekaj, kar *imajo* za resnično, čeprav obstaja zgolj v njihovih glavah (10).

Pacient s shizofrenijo ima vsakdanje človeške potrebe, ker je človek, individualne potrebe, ker je edinstven, in posebne potrebe, ker je bolan (12).

### **3.2 PSIHOSOCIALNA REHABILITACIJA PACIENTOV S SHIZOFRENIJO**

Rehabilitacija in psihiatrično zdravljenje se dopolnjujeta in na določenih področjih prekrivata. Idealno je, kadar potekata vzporedno. Strokovnjaki na tem področju so lahko socialni delavci, delovni terapevti, psihologi, psihiatri in medicinske sestre. Rehabilitacija se ne ukvarja s psihiatrično diagnozo, temveč s spretnostmi in delovanjem pacienta. Teži k temu, da bi definirala cilje okrevanja, izboljšala podporo okolja in pacientove spretnosti. Usmerjena je na njegove oziroma njene prednosti in sposobnosti vključevanja v skupnost (6).

V Sloveniji smo začeli službe za duševno bolne v skupnosti, razen psihiatričnega dispanzerja, ustanavljati pred dvajsetimi leti. Pobude za razširjanje zunajbolnišnične ponudbe so seveda starejše in so se nepretrgoma pojavljale v celotni zgodovini slovenske psihiatrije, vendar nikoli niso obstale. Razloge za dosedanjo neuspešnost ugotavljamo predvsem v pomanjkljivi povezanosti z zunanjimi sodelavci, predvsem s socialnim in prostovoljnim sektorjem (8).

Dokazano učinkoviti pristopi, ki se uporabljajo v rehabilitaciji ter izboljšajo samostojnost in kakovost življenja pacientov, so psihoizobraževanje pacientov in njihovih svojcev, učenje socialnih in vsakdanjih veščin, usposabljanje za zaposlitev, samopomoč in samonadzor, vedenjska in kognitivna terapija, načrtovanje skrbi in podpora družini (7).

Pacient ne sme biti prepuščen sam sebi in ga je treba vključiti v organizirane dejavnosti. Potrebuje dobro strukturirano in predvidljivo okolje, jasno definirane naloge, motivacijo, spodbujanje in usmerjanje. Navajamo ga na točnost, spodbujamo k prevzemanju

odgovornosti in dolžnosti ter pridobivanju delovnih navad (12). Pomembno je, da pri delu določen čas vzdrži brez prekinitve (4).

Medicinska sestra poskuša pacientu že med zdravljenjem zagotoviti, da pridobi čim več socialnih veščin, pomaga mu pri skrbi zase, pri navezovanju socialnih stikov in pri vsakdanjih opravilih (4). Vsako prizadevanje pacienta opazimo in pohvalimo (10).

Socialni delavec pacienta seznanja z možnostmi dnevnih centrov in stanovanjskih skupnosti (4).

V dnevnem centru pacienti dobijo priložnost za druženje in prijateljstva, ki jih potrebujejo tako kot drugi ljudje. V običajnih socialnih situacijah se ti pacienti težje znajdejo, primanjkuje jim samozavesti in večkrat težje sledijo pogovoru. Del teh težav je mogoče razrešiti s treningom komunikacije, s katerim naj bi se bolnik znova naučil, kako se odzvati v določenih okoliščinah, opomnil naj bi ga na običajne socialne odzive, na izraz, ki ga ima na obrazu in podobno. V skupinah pacientov je več strpnosti do drugačnega vedenja, velike pa so tudi možnosti za izmenjavo izkušenj in učenje iz njih (11).

V okviru programa se pacient vključi v skupine za samopomoč, komunikacijske treninge, treninge socialnih veščin ter druge delavnice, ki mu pomagajo sprejeti svoje ovire. V okviru dnevnega centra spozna ljudi s podobnimi življenjskimi izkušnjami, izmenjuje informacije in oblikuje novo socialno mrežo. Posameznik razvija svoje sposobnosti, odkriva nove interese, nove možnosti za strukturiranje prostega časa in se uči učinkovite komunikacije. V primeru osebne stiske se lahko zateče k strokovnim delavcem po pomoč in individualno svetovanje (18).

V raziskavi *Delo, okrevanje in sočasni simptomi pri shizofreniji: Naključni kontrolirani preizkus kognitivne remediacije* McGurk in sodelavci (19) predstavijo preizkus treninga socialnih veščin na Kitajskem, ki je ciljalo na učenje medosebnih veščin in promocijo življenja v skupnosti pri hospitaliziranih pacientih s shizofrenijo. Raziskava pokaže precejšnje izboljšave pri medosebnih odnosih, simptomih bolezni in zaposlenosti, prav tako sta zmanjšani stopnji poslabšanja in ponovne hospitalizacije v obdobju dveh let po odpustu v primerjavi z rehabilitacijo (20).

Mueser s sodelavci (21) in Wallace s sodelavci (22) pa sta po drugi strani s svojima raziskavama prišla do zaključka, da se je trening socialnih veščin, namenjen podaljšanju



delovnih razmerij, v programih podpornega zaposlovanja pokazal minimalno učinkovito.

V svetu so ugotovili, da so uspešnejši tisti dnevni centri, ki ponujajo bolnikom tudi zaposlitvene programe, pri katerih pacient lahko ustvari nekaj potrebnega in za to dobi tudi denarno nagrado (11).

Kurtz in sodelavci v raziskavi (23) trdijo, da imajo lahko zaposlitvene možnosti in podporne službe v lokalnem okolju pacienta močan vpliv na službeno aktivnost. Na socialne spretnosti in aktivnosti lahko vplivajo možnost pristočasnih dejavnosti, dostop do sovrstniških in interesnih skupin ter finančni viri (19).

Večinoma se v delovnih centrih zbirajo pacienti, ki nimajo možnosti za zaposlitev zaradi bolezenskih ali zunanjih razlogov. Raziskave kažejo, da lahko dobro organiziran delovni center s programi zaposlovanja občutno zmanjša število sprejemov v bolnišnico. Strokovnjaki, ki vodijo svetovalne razgovore v dnevnih centrih, bi morali poznati znake bolezni in načela zdravljenja. Med normative, ki bi jih morali za takšno delo določiti kot obvezne, bi morala soditi osnovna psihoterapevtska izobrazba vedenjsko kognitivne smeri. Zaradi številnih dokazov, ki povezujejo oslabiljeno kognitivno delovanje in slabše delovne rezultate pri uporabnikih poklicne rehabilitacije (24) ter podpornega zaposlovanja (25,26), novejša zanimanja težijo h kognitivni remediaciji, ki služi kot strategija za izboljšanje podpornega zaposlovanja in ostalih modelov poklicne rehabilitacije (19).

Strategije kognitivnega treninga, zasnovane za izboljšanje kognitivnih funkcij pri pacientih s shizofrenijo, so bile v začetku prevzete iz pristopov, razvitih za ljudi s hudimi možganskimi poškodbami (27,28). Metode kognitivne remediacije pogosto vključujejo individualne računalniške vaje, ki ciljajo na trening specifičnih spoznavnih spretnosti (npr. pozornost, psihomotorična hitrost, spomin), nekatere vaje pa potekajo ročno s pisalom in trajajo 3-6 mesecev. Čeprav je poudarek na izboljšanju spoznavnih funkcij, nekatere vaje učijo tudi nadomestne tehnike za zmanjševanje posledic dolgotrajnih in vztrajnih kognitivnih motenj. Nekateri programi nudijo tudi skupinske vaje (19).

Rezultati metaanalize (29) nakazujejo, da je kombinacija kognitivne remediacije in poklicne rehabilitacije boljši pristop za izboljšanje zaposlenosti kot samo nudenje kognitivne remediacije. Metaanaliza vključuje dve naključni kontrolirani raziskavi, ki sta ocenili učinke na delo z uporabo kognitivne remediacije. Poleg poklicne rehabilitacije

(30,31) so primerjali učinek dveh programov. Prvi je trimesečni program kognitivne remediacije, ki temelji na kombinaciji računalniškega programa COGPACK in tedenskih pogovornih skupin. Drugi program računalniško vodene intervencije pri hospitaliziranih pacientih, ki sodelujejo, je primerljivo intenziven. Zagotavlja jim plačano delo v času hospitalizacije. Rezultati tri mesece po zaključku programa kažejo, da se pri uporabnikih, deležnih kognitivne remediacije, vidno izboljšajo spoznavne funkcije v primerjavi s kontrolno skupino. Prav tako se 12 mesecev kasneje pokažejo boljši rezultati pri zaposlovanju pacientov, ki so sodelovali v poklicnem programu. Lindenmayer (31) povzema, da ugotovitve teh petih raziskav, gledano v celoti, kažejo, da lahko vključitev kognitivne remediacije poleg poklicne rehabilitacije izboljša tako kognitivne funkcije kot zaposlitvene možnosti.

### **3.2.1 Vladni in nevladni programi v Sloveniji**

V organizacijo zunaj bolnišničnih služb danes poleg psihiatričnega dispanzerja vstopajo predvsem nekatere nevladne organizacije. Razvijajo se zaposlitveni projekti, stanovanjske skupnosti, dnevni centri, skupine za samopomoč, zagovorništvo ter številni izobraževalni programi, predvsem v oblikah seminarjev in delavnic, ki že očitno vplivajo na boljšo osveščenost in znanje o duševnih motnjah in posledicah, ki jih spremljajo. Nosilke tega dela so civilne organizacije, ki pa za dejansko spremembo stanja na tem področju, zaradi pomanjkljive podpore in nejasnega družbenega in političnega položaja, nimajo možnosti (8).

Financiranje dejavnosti je sistemsko urejeno za zavodske oblike institucionalnega varstva – posebne socialnovarstvene zavode, enote oz. mesta za posebne oblike varstva v (kombiniranih) domovih za starejše, domskem varstvu odraslih pri zavodih za usposabljanje in varstveno-delovnih centrih. Poteka kot plačilo storitev obeh osnovnih oblik dejavnosti, na eni strani oskrbe in socialne oskrbe, na drugi pa zdravstvenega varstva, ki ga sestavljata tako zdravstvena nega in rehabilitacija kakor osnovno in specialistično zdravljenje (32).

Način financiranja dejavnosti oz. pokrivanja stroškov bivanja v stanovanjskih skupinah, ki imajo prav tako nekatere elemente stroškov obeh temeljnih oblik dejavnosti, sistemsko ni urejen. Sredstva se zagotavljajo za stanovanjske skupine, organizirane v okviru posebnih

socialnovarstvenih zavodov, v praksi pa financiranje poteka na način, ki velja za zavodske oblike institucionalnega varstva. Za stanovanjske skupine, organizirane v okviru nevladnih organizacij, pa se stroški bivanja (oskrbe) še vedno financirajo neurejeno, praviloma na dva načina: prek plačila oskrbnin (občine, nekaj tudi uporabniki glede na zmožnost) in prek pogodb za izvajanje programov, ki jih financirajo občine ali država. Dinamika plačil ni usklajena z dinamiko nastajanja stroškov in obveznosti, financiranje zdravstvenih storitev pa ni specifično urejeno in ga izvajalci urejajo na različne načine. Kot upravičenci do pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja stanovalci v teh organiziranih oblikah nimajo posebnih pravic (v okvirih pravice »nega in zdravljenje« na domu). Standardov in kadrovskih normativov storitev ni (32).

*ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje* združuje posameznike, ki imajo težave v duševnem zdravju, njihove svojce, strokovnjake za duševno zdravje in vso zainteresirano javnost (33). Poslanstvo združenja je varovanje človekovih pravic in dostojanstva uporabnikov služb za duševno zdravje, psihosocialna, zaposlitvena in psihiatrična rehabilitacija ter ustvarjanje novih delovnih mest za težje zaposljive osebe (34). Delujejo na področju socialnega varstva (33). ŠENT-ov program za pomoč socialno najbolj ogroženim članom je nastal na pobudo uporabnikov ŠENT-a, ki so med svojimi člani zaznali vse večje socialne stiske. Večina denarja za njihovo pomoč pride na račun sredstev, ki jih državljani Republike Slovenije namenijo v okviru odstotkov darovanih dohodnin humanitarnim društvom. Na leto tako v njihov program pridobijo okoli 5800 EUR, preostala sredstva pa izhajajo iz donacij v te namene. V letu 2012 so pomoč dodelili v 53 primerih (34). Danes štejejo 14 delovnih centrov po Sloveniji (Ljubljana, Trbovlje, Kočevje, Celje, Maribor, Koper, Postojna, Kranj, Radovljica, Škofja Loka, Nova Gorica, Metlika, Novo mesto, Ajdovščina) ter 4 stanovanjske skupnosti (Ljubljana, Koper, Nova Gorica, Celje) (34).

*Društvo ALTRA – Odbor za novosti v duševnem zdravju* deluje od leta 1988 (35), enoto ima v Prevaljah in šteje 600 članov (33). Ustanovljeno je bilo kot odgovor na kršenje pravic oseb v skupnosti s težavami v duševnem zdravju. Je prva organizacija v državi, ki je začela inovativne programe za duševno zdravje v skupnosti (33). Delujejo na področju socialnega in zdravstvenega varstva, izvajajo programe preventivne narave, dejavnosti stanovanjskih skupin, dnevni centrov, drop-in centrov, svetovalnih centrov, klubov in

drugih oblik dejavnosti za oskrbo in varstvo oseb s težavami v duševnem zdravju. Organizirajo skupine za samopomoč ter nudijo storitve s področja svetovanja, načrtovanja, izvajanja in koordiniranja podpore, kriznih intervencij, programov zaposlovanja, usposabljanj težje zaposljivih ipd. Strokovne storitve po Zakonu o socialnem varstvu izvajajo strokovni delavci, v dejavnosti pa vključujejo tudi prostovoljce. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve jim je leta 2005 izdalo status humanitarne organizacije (35).

*Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa – VEZI* ima štiri podružnice in šteje 115 članov. Namen društva je pomoč ljudem s težavami v duševnem zdravju, delujejo na področju socialnega varstva (33).

*HUMANA – Združenje svojcev pri skrbi za mentalno zdravje* pokriva Gorenjsko regijo, štejejo 120 članov. Namen društva je pomoč svojcem oseb s psihiatrično boleznijo in organizirano izvajanje pomoči bolnikom. Delujejo na področju socialnega varstva (33). Združenje HUMANA je bilo ustanovljeno na pobudo svojcev uporabnikov psihiatričnih uslug in na pobudo nekaterih psihiatrov, ki so že dlje opozarjali, da je za učinkovito zdravljenje potrebno sodelovanje celotne družine. Namen ustanovitve je organizirano povezati svojce za izmenjavo izkušenj in strokovnih informacij s področja duševnega zdravja, uveljavljanje skupnih interesov, enotno nastopanje v javnosti, organiziranje in izvajanje dejavnosti in izobraževanj na področju duševnega zdravja ter tesnejše sodelovanje s stroko. HUMANA je prva organizacija svojcev psihiatričnih bolnikov pri nas in izhaja iz njihovega težkega položaja oz. problematike, s katero se srečujejo vsak dan. Svojci so pogosto izčrpani od kroničnega stresa, ki lahko vodi v depresijo, izgorevanje in psihosomatska obolenja, zato jim Združenje HUMANA ob vsakodnevnih izzivih nudi skrb in podporo (36).

*NOVI PARADOKS – Slovensko društvo za kakovost življenja* zagotavlja psihosocialno pomoč uporabnikom na področju duševnega zdravja (33). Društvo je bilo ustanovljeno leta 1997 in s svojimi programi oskrbuje 730 uporabnikov, ki so osebe s posebnimi potrebami in osebe s težavami v duševnem zdravju. Imajo 6 stanovanjskih skupin (Vrhovci, Senožeti, Bežigrad, Medvode, Mali vrh in Eko kmetija Topol) in tri varovana stanovanja s 64 uporabniki v Osrednjeslovenski, Gorenjski in Notranjsko-kraški statistični regiji. V društvu

Novi paradoks je skoraj 40 redno zaposlenih delavcev, imajo 180 rednih prostovoljcev. Leta 2005 so objavili študijo o socialnem podjetništvu in skladno s tem v evropskih programih ESS za dolgotrajno brezposelne zaposlili 148 brezposelnih oseb za čas enega leta. 2006 so organizirali projekt »No limits« skupaj z Avstrijo, Španijo, Italijo, Madžarsko in Norveško (posebni status z EU). Mednarodnega delovnega tabora »Eko kmetija Topol« (2011) so se udeležili prostovoljci iz Irske, Srbije, Južne Koreje, BiH, Moldavije, Češke, Italije, Makedonije in Slovenije (37).

*OZARA SLOVENIJA* – Nacionalno združenje za kakovost življenja ima 3345 članov. Delujejo na področju zdravstva, socialnega varstva ter skrbi za duševno zdravje v Sloveniji (33). Nastalo je leta 1994, predvsem iz potrebe po organiziranih zunajbolnišničnih dejavnostih za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Delovanje društva je bilo sprva lokacijsko usmerjeno predvsem na območje Štajerske, danes pa obsega več kot dvajset enot in gostovanj, razpršenih po celotnem območju Slovenije (v Mariboru, Murski Soboti, Ljutomeru, Lendavi, Slovenj Gradcu, Ljubljani, Kranju, Novem mestu, Izoli, Kopru, Celju, Brežicah, Novi Gorici, Črnomlju, Sevnici, Krškem, Bohinju, Tolminu, Trebnjem, na Ptuj, Ravnah na Koroškem, Bovcu, Jesenicah). Z novimi lokacijami se je širila tudi ponudba programa in storitev društva, ki vključenim uporabnikom lajšajo prehod iz institucij v domače okolje, prispevajo k njihovi večji samostojnosti ter h kakovostnejšemu življenju v skupnosti.

Prvi je začel delovati program dnevnega centra, ki je usmerjen v druženje in konstruktivno preživljanje prostega časa po odpustu iz bolnišnice. Uporabniki so lahko izkoristili tudi namestitev in podporo v okviru programa stanovanjskih skupin v spodbudnem okolju izven institucij ter tako ponovno pridobili potrebne funkcionalne spretnosti in samostojno zaživel v domačem okolju. Od leta 1999 deluje tudi program pisarn za informiranje in svetovanje, ki preko terenskega dela posameznikom omogoča individualno obravnavo ter ustrezno podporo tudi v njihovem domačem okolju. OZARA Slovenija zaposluje 80 strokovnih delavcev in sodelavcev, njene storitve in programe pa je v osemnajstih letih delovanja koristilo več kot 3700 uporabnikov in 1300 svojcev uporabnikov. Izvedba vseh aktivnosti ne bi bila mogoča brez pomoči številnih prostovoljcev. Danes tako pod okriljem društva OZARA v 22 krajih po Sloveniji deluje 16 stanovanjskih skupin, 5 dnevnih centrov ter 13 pisarn za informiranje in svetovanje in 5 gostovanja le-teh (38).

### 3.3.2 Zaposlovanje oseb s kronično shizofrenijo v Sloveniji

Zaposlitev kot del psihosocialne rehabilitacije dokazano omogoča izboljšanje kakovosti življenja in prognoze duševnih motenj. Več kot 20 odstotkov invalidskih upokojitev prve kategorije izvedemo zaradi duševnih motenj in več kot 80 odstotkov bolnikov je nezaposlenih (Švab, 2002) (6).

V raziskavi *Delo, okrevanje in sočasni simptomi pri shizofreniji: Naključni kontrolirani preizkus kognitivne remediacije* McGurk in sodelavci (19) kljub temu, da je podporno zaposlovanje empirično najbolj preverjena oblika poklicne rehabilitacije pri hudih duševnih boleznih, ugotavljajo, da je za izboljšave še vedno precej maneverskega prostora. Večina študij kaže, da 25 do 50 odstotkov uporabnikov, sodelujočih v podpornem zaposlovanju, v začetnem obdobju enega do dveh let sploh ne dela, med tistimi, ki delajo, pa so delovna razmerja pogosto kratkotrajna in se pogosto končajo neuspešno (39,40).

Društvo ŠENT nudi možnost vključitve v različne programe aktivne politike zaposlovanja (usposabljanje na delovnem mestu, javna dela) in program socialne vključenosti. Za izvajanje programov na področju zaposlitvene rehabilitacije, delovnega usposabljanja in zaposlovanja oseb s težavami v duševnem zdravju, je ŠENT ustanovil invalidsko podjetje, zaposlitvene centre, zavod za izvajanje zaposlitvene rehabilitacije in podpornega zaposlovanja ter zavod za svetovanje, promocijo in razvoj dostopnega turizma (34).

Programu socialne vključenosti se lahko pridruži invalid, kateremu je Zavod za zaposlovanje RS na podlagi 34. člena Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (Ur. l. RS, št. 100/05-UPB1) izdal odločbo o nezaposljivosti. Zavod le-to izda na podlagi ocene zaposlitvenih zmožnosti, ki jo izdelata koncesionar izvajanja storitev zaposlitvene rehabilitacije (34).

Program se izvaja 6 ur vsak delovni dan. Poleg samega dela na konkretnem delovnem mestu se uporabnik lahko vključi v delavnice, namenjene psihosocialni rehabilitaciji in integraciji v skupnosti (delo v keramični delavnici, izdelovanje darilne embalaže, sestavljanje papirnatih izdelkov, proizvodno-kooperantsko delo). Cilji programa so vzpodbujanje socialne vključenosti, pridobivanje novih socialnih izkušenj in s tem izboljšanje komunikacijskih sposobnosti, pridobivanje in ohranjanje delovnih znanj, veččin

in izkušenj, učenje sodelovanja v delovni skupini, organiziranja dela, prevzemanja odgovornosti ipd (34).

Vključitev v program je prostovoljna. V kolikor se izkaže, da je uporabnik v času obiskovanja programa toliko napredoval oziroma se mu je zdravstveno stanje toliko izboljšalo, da je zanj smiselna ponovna ocena, se lahko le-ta ponovi in uporabnik v primeru, da se izkaže napredek, bodisi dobi odločbo o zaposlitvi v podporni zaposlitvi (pri delodajalcu ob podpori mentorja) bodisi na zaščitenem delovnem mestu v zaposlitvenem centru. Tako se lahko zopet prijavi na Zavod za zaposlovanje kot iskalec zaposlitve (34).

Socialna podjetja izvajajo pomembno in družbeno koristno poslanstvo (pravna podlaga: Zakon o socialnem podjetništvu). Socialna podjetja, ki delujejo pod okriljem ŠENT-a, se že od leta 1993 trudijo prispevati k zmanjševanju brezposelnosti težje zaposljivih oseb, predvsem tistih z duševnimi motnjami. Trenutno nudijo plačano delo 76-im osebam, od tega jih ima 45 status invalida. Ukvarjajo se z različnimi dejavnostmi: od urejanja zelenih površin, sestavljanja izdelkov, knjigovezništva do turizma. Cilj socialnih podjetij je vključevanje uporabnikov v delovno in socialno okolje, ohranjanje in razvijanje novih spretnosti in veščin ter socialna in ekonomska neodvisnost (34).

Programi zaposlovanja se izvajajo v Družbi za usposabljanje in zaposlovanje invalidov DOBROVITA Plus d.o.o., v zaposlitvenih centrih Zavod DLAN Maribor, ŠENTPLAVŽ, DOBROŠIN d.o.o., KARSO d.o.o., na Zavodu za svetovanje, usposabljanje in rehabilitacijo invalidov ŠENTPRIMA ter na Zavodu za svetovanje, promocijo in razvoj dostopnega turizma PREMIKI, Ljubljana (34).

Z namenom zmanjševanja brezposelnosti med osebami iz ranljivih ciljnih skupin in zaradi vse večjih socialnih stisk med prebivalstvom so preko ŠENT-a pričeli izvajati tudi projekt »Socialna trgovina SOTRA« (SOTRA PLUS – Trgovina z živili d.o.o.) (34).

Shizofrenija je bolezen, ki zelo hitro prizadene pacientovo delovno sposobnost in povzroči izgubo zaposlitve, s čimer preprečuje zadovoljevanje njegovih potreb in vpliva na rehabilitacijo. Simptomi na kognitivnem področju, ki se kažejo kot motnje pozornosti, spomina in abstraktnega mišljenja, so najpogostejši vzrok za disfunkcionalnost pacientov v vsakdanjem življenju in delu (12).

### **3.2.2 Vloga družinskih članov pri zdravljenju in psihosocialni rehabilitaciji oseb s kronično shizofrenijo**

Psihosocialna pomoč pripomore k boljšemu sodelovanju, kadar ima jasen terapevtski cilj. Družinska terapija pa ima, tudi brez jasnega cilja, pozitiven učinek na pacientovo sodelovanje in je neodvisna od sodelovanja pri zdravljenju z zdravili. Izobraževanje družinskih članov o pomembnosti sodelovanja posredno vpliva tudi na kvaliteto sodelovanja osebe s shizofrenijo. Pomembno se je zavedati, da morebitna izboljšanja splošnega funkcioniranja v klinični sliki ne izboljšajo tudi sodelovanja (41,42,43).

Noiseux in sodelavci (44) v svoji raziskavi *Proces okrevanja pri osebah z duševno boleznijo: Stališča in vidiki pacientov, družinskih članov in ostalih ponudnikov nege: 1. del* ugotavljajo, da stališča vseh treh udeležencev (pacienti, družinski člani/prijatelji in ponudniki nege) kažejo, da okrevanje temelji na razumevanju izkušnje z duševno boleznijo in da je proces pri vsaki osebi odvisen od njenega/njegovega dinamičnega konteksta (socialno omrežje, medosebni odnosi), življenjskih izkušenj in drugih socialnih dejavnikov (simptomi bolezni, okolje). Ugotovitve te študije pripomorejo k boljšemu razumevanju okrevanja ljudi z duševno boleznijo in njihovimi bližnjimi, ki so uporabniki javnih služb za duševno zdravje v Montrealu v Kanadi (44).

Kadar so svojci dobro poučeni o bolezni, lažje razumejo in tudi rešujejo družinske konflikte, imajo manj občutkov krivde, strahu ter pomembno prispevajo k zmanjšanju stigmatizacije bolezni in pacientov. Svojce lahko usmerjamo tudi v psihoedukacijske programe, skupine svojcev ali v skupine za samopomoč (12).

Podobno nekatere študije o družinski psihoedukaciji poročajo o pozitivnih učinkih na delo (45, 46, 47) prav tako kot na delo pozitivno vpliva integrirano zdravljenje sovpadajočih zlorab substanc (48,49).

V okviru nekaterih delovnih centrov delujejo skupine za samopomoč pacientov in njihovih svojcev. Svojci v teh skupinah pridobijo nekaj podpore in razumevanja, konkretne pomoči ob vsakdanjih problemih pa je največkrat malo (11).



### 3.3 ZDRAVSTVENA NEGA NA PSIHIATRIČNEM PODROČJU

Zdravstvena nega je znanstvena disciplina, ki obravnava aktualne in potencialne zdravstvene probleme posameznika, njegove izkušnje, potrebe in reakcije v življenju in ob različnih življenjskih dogodkih (50).

Najnovejša definicija zdravstvene nege, ki so jo sprejeli ICN ter člani upravnega odbora Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2010), se glasi: Zdravstvena nega zajema avtonomno in sodelujočo skrb za posameznike vseh starosti, za družine, skupine in skupnosti, za bolne ali zdrave in v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni in skrb za obolele, invalidne ter umirajoče. Ključne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja, izobraževanje, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter sodelovanje v obravnavi pacientov in upravljanju zdravstvenih sistemov (51).

Zdravstvena nega kot znanost temelji na človekovih izkušnjah in spoznanjih o človeku, njegovem življenju in potrebah, o družini in lokalni skupnosti, kjer živi, se izobražuje in dela. Zdravstvena nega je znanost, ki temelji na razmišljanju, svoja spoznanja pa preizkuša v praksi. Povezana je s humanističnimi, naravoslovnimi in družboslovnimi vedami. Evers (2004) navaja, da je znanost zdravstvene nege profesionalna oziroma praktična disciplina, saj za razliko od akademskih ali osnovnih znanosti njen obstoj izvira iz družbenih potreb (51).

Specialno področje klinične prakse v zdravstveni negi v psihiatriji se ukvarja s posameznikom z duševnimi težavami in motnjami, z družino ali širšo skupnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu (49,52). Predvsem pa je zdravstvena nega v psihiatriji proces človeške komunikacije med dvema, medicinsko sestro in pacientom, njunega odnosa, sodelovanja in interakcije. Namen tega procesa je pomagati pacientu do večje uspešnosti in zadovoljstva v življenju (52).

Oprelitev psihiatrične zdravstvene nege se je v zadnjih letih spremenila; z manj pomembnega področja zdravstvene nege se je preoblikovala v enakovredno področje vsem drugim strokovnim področjem zdravstvene nege (50).

V skupino zdravstvene nege v psihiatriji so vključene medicinske sestre in zdravstveni tehniki. Vodi ga medicinska sestra, zdravstvena nega pa je usmerjena v delo s pacientom. Pacient je v obravnavi najpomembnejši subjekt in ima pravico do kakovostne zdravstvene nege (50).

Tako kot je pomembno vedeti, da so nekatere potrebe skupne vsem ljudem, je pomembno tudi, da se zavedamo, da jih ljudje v življenju zadovoljujejo na povsem različne načine. Ena izmed pogostih težav pacientov je ta, da potrebe zadovoljujejo na neustrezen in nesprejemljiv način (12).

Kogoj (54) navaja, da je pričakovana življenjska doba pacientov s shizofrenijo 15 do 25 let krajša kot pri ostalih, kar ne preseneča, saj težje skrbijo za zdrav življenjski stil in so bolj izpostavljeni posledicam različnih telesnih bolezni. To pa – skupaj s pogostejšimi samomori kot pri osebah brez duševne motnje – prispeva h krajši življenjski dobi (54).

Ocenjujejo, da ima približno 40 odstotkov pacientov s shizofrenijo težave z odvisnostjo od alkohola ali drugih drog. Posebno uživanje nedovoljenih drog lahko zaplete in podaljša proces zdravljenja ali celo sproži novo psihozo (12).

Vsebina zdravstvene nege izhaja iz teoretičnega modela zdravstvene nege Virginie Henderson, ki obravnava pacienta v okviru štirinajstih temeljnih življenjskih aktivnosti, teorije Hildegard Peplau, ki se osredotoča na medosebni odnos in terapevtsko komunikacijo ter modela samooskrbe, ki ga je razvila Doroteja Orem (12).

Zdravstvena nega pacientov s shizofrenijo je področje, ki zahteva strokovno znanje in izjemno tenkočutnost. Besedna in nebesedna komunikacija, empatija in strpnost so prav tako pomembni elementi zdravstvene nege. Prav delo s pacientom, ki ima shizofrenijo, je verjetno največji izziv za medicinsko sestro v psihiatriji (12).

### **3.3.1 Vloga medicinske sestre v zdravstveni negi na psihiatričnem področju**

Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik je nosilka/nosilec dejavnosti zdravstvene nege, ki načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego na področju promocije zdravja in preventivnih dejavnosti v zdravstveni negi bolnikov, invalidov in nemočnih oseb

vseh starosti in v vseh zdravstvenih okoljih. Medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu posamezniku v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico do pobude in nadzora. Sodeluje pri realizaciji diagnostično terapevtskega programa, katerega pobudnik je zdravnik (52).

Vloga psihiatrične medicinske sestre kot zagovornice pacientov ni samo zagovor pacientovih pravic, varovanje in nadzor nad varnostjo podatkov in ne samo logično spajanje strokovnih, etično-deontoloških in pravnih odgovornosti. Njihova vloga je tudi v aktivnem delovanju za razvijanje kontinuirane zdravstvene nege pacientov (55).

Specifične naloge medicinske sestre v zdravstveni negi na psihiatričnem področju so učenje pravih interakcij, ustrezne komunikacije in ustreznih medosebnih odnosov pacienta in njegovih svojcev. Pacientu daje informacije in mu svetuje ob njegovih notranjih konfliktih, bojaznih in stiskah. Med hospitalizacijo pacienta s shizofrenijo so naloge medicinske sestre:

- da vodi njegovo vsakodnevno življenje na oddelku, s tem da ga spodbuja in uči fizičnih, socialnih in družbenih aktivnosti;
- pomoč in spodbuda pacientu pri zadovoljevanju telesnih potreb in izvajanju medicinsko tehničnih posegov;
- zagotavljanje pacientove varnosti;
- učenje pacienta, da izraža čustva in spodbujanje k izražanju čustev;
- skrb za terapevtsko vzdušje na bolniških oddelkih in povsod, kjer se zdravijo pacienti z duševnimi motnjami;
- zdravstveno vzgojno delovanje v stiku s pacientom, njegovimi svojci in širšo skupnostjo;
- vodenje zdravstvene nege in oskrbe na psihiatričnih oddelkih in drugih zdravstvenih ustanovah.

Medicinska sestra je samostojna izvajalka ali sodelavka pri različnih oblikah individualnega ali skupinskega dela s pacienti. Je pacientova sogovornica, svetovalka in, če je to potrebno, njegov nadomestni bližnji (50).

Pacienti s shizofrenijo pogosto trpijo (4) zaradi slabih odnosov in nesprejemanja okolice, čutijo se odrinjene in ožigosane. Težko izrazijo in pokažejo svoja čustva, občutja in potrebe. Sporazumevanje z drugimi je oteženo. Izmikajo se očesnemu stiku, govor je reven, uporabljajo neustrezne besede, imajo težave v razumevanju in vzdrževanju običajnega komunikacijskega vzorca. Motnje v komunikaciji nastanejo lahko zaradi motenj mišljenja, tako miselnega toka kot vsebine, ali motenj zaznavanja. Pacient težje razloči med notranjimi in zunanji dražljaji, zato se pojavljajo težave pri oblikovanju misli, zaznav in govora. Pacienta učimo komunikacije prek terapevtske komunikacije med pacienti in osebjem, vsakdanje komunikacije med pacienti samimi ter s pomočjo treninga socialnih veščin, ki so nujne za učinkovito neposredno komunikacijo (12,4).

Pacienta odvrčamo od njegovih psihopatoloških doživetij s tem, da njegovo pozornost usmerjamo na konkretne stvari v okolju in ga spodbujamo k raznim aktivnostim (12).

Pacienti s shizofrenijo zaradi negativne simptomatike in izgube veselja do vsakdanjih dejavnosti pogosto ne vedo, kaj početi v prostem času (12,4). Pogosto poležavajo in ta pasivnost še pogloblja negativne simptome in krepi socialni umik (12).

Medicinska sestra opazuje, spodbuja, podpira, motivira in svetuje pacientu, da čim bolj polno in kakovostno preživi svoj prosti čas, kar pomeni tudi njegovo osebno izpolnitev. V aktivno preživljanje prostega časa vključimo tudi njegove svojce in prijatelje (12).

Namen zdravstvene vzgoje je, da pacient sprejme svojo bolezen kot realnost in del življenja, da spozna določena dejstva o svoji bolezni ter pridobi potrebne veščine za uspešno obvladovanje bolezni, kar je tudi njegova pravica. Če pacient razume svojo bolezen, bo lažje obdržal stik z realnostjo (12).

## 4 ZAKLJUČEK

Pacienti s shizofrenijo so se skozi stoletja soočali z mnogoterimi stigmami in omejitvami, ki so se držale njihove bolezni. Potisnjeni na rob družbe, obtoženi čarovništva in obsedenosti s hudičem, so imeli malo ali nič možnosti za preživetje. Družba jih je oropala dostojanstva, jih postavila ob bok tistim s telesnimi hibami, kriminalcem in duševno manj razvitim posameznikom in jih puščala dolgotrajno zaprte v okovih v t.i. azilih in bolnišnicah za norost.

Ti časi so z boljšim razumevanjem človeškega ustroja in razvojem psihiatrije danes daleč za nami. Na področju zdravstvene nege v psihiatriji smo naredili ogromno korakov naprej, kljub temu pa ta pot še zdaleč ni končana, temveč nas čakajo novi izzivi in nove rešitve, ki bodo še izboljšale trenutni položaj pacientov s shizofrenijo.

Ker shizofrenija prizadene poleg posameznika samega tudi njegove bližnje in družbo v celoti, mora biti pristop k reševanju te problematike holističen. Medicinska sestra v tem procesu igra nenadomestljivo in pomembno vlogo, saj je prva oseba, s katero pacient s shizofrenijo vzpostavi stik ob odkritju bolezni in ga spremlja skozi celoten proces zdravljenja in nato psihosocialne rehabilitacije. Delo medicinske sestre je usmerjeno k pacientu, razvoju njegovih potencialov ter doseganju njegove neodvisnosti.

Pacienti s shizofrenijo imajo zaradi svoje bolezni številne zdravstvene, socialne, zaposlitvene in druge omejitve. V procesu zdravstvene nege in psihosocialne rehabilitacije ga usmerjamo, izobražujemo in spodbujamo k zdravemu telesnemu in duševnemu zdravju ter k ponovni vključitvi v socialno okolje. To naredimo tako, da ga že med hospitalizacijo seznanimo z možnostjo vključitve v programe psihosocialne rehabilitacije, ki jih imamo v Sloveniji trenutno na razpolago in katere smo opisali v predstavljeni diplomski nalogi.

V našem prvem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, kako je v Sloveniji organizirana psihosocialna rehabilitacija pacientov s shizofrenijo ter kakšne vladne in nevladne programe imamo. V Sloveniji psihosocialni programi nudijo pomoč v obliki dnevnih centrov, varstveno delovnih centrov, stanovanjskih skupnosti, skupin za samopomoč in pomoč svojcem. Žal danes večji del psihosocialne rehabilitacije leži na ramenih prostovoljnih društev in drugih nevladnih organizacij. V Sloveniji imamo trenutno

sistemske urejeno financiranje samo za zavodske oblike institucionalnega varstva (posebni socialnovarstveni zavodi, kombinirani domovi za starejše, domsko varstvo odraslih pri zavodih za usposabljanje in varstveno-delovni centri).

V drugem raziskovalnem vprašanju smo se usmerili na proces vključevanja pacientov v socialno okolje in v njihove zaposlitvene možnosti. Tekom prve hospitalizacije paciente s shizofrenijo seznanimo z zavodskimi oblikami institucionalnega varstva. V prvih tednih po hospitalizaciji pacient obišče izbranega psihiatra, pri kateremu nadaljuje ambulantno zdravljenje. Psihiater mu ponovno predstavi možnosti psihosocialne rehabilitacije ter mu svetuje tako, da je zanj najprimernejše. O nadaljnjem poteku zdravljenja in rehabilitacije seznanimo tudi njegove svojce ali skrbnike. Pacienta ne priganjamo k naglim odločitvam, spoštujemo njegov čas za razmislek.

Po pregledu in analizi literature ter tujih raziskav ugotavljamo, da stopnja brezposelnosti, ki je ena ključnih težav pri izboljšanju kvalitete življenja, kljub mnogim ukrepom (podporno zaposlovanje, kognitivno vedenjska terapija, poklicna rehabilitacija ipd.) še vedno ostaja visoka, in sicer približno 80 odstotna. Raziskave še kažejo, da lahko kognitivna remediacija služi kot dobra strategija za izboljšanje podpornega zaposlovanja in ostalih modelov poklicne rehabilitacije. V Sloveniji so se za uspešne izkazale možnosti zaposlitve v okvirju socialnih podjetij, katerih cilj je vključiti uporabnike v delovno in socialno okolje, ohranjati in razvijati njihove spretnosti in veščine ter izboljšati njihovo socialno in ekonomsko neodvisnost.

Resen problem, ki ga v preučevani literaturi nismo zasledili in se nam zdi premalo izpostavljen, je dejstvo, da shizofrenija najpogosteje udari v mladih letih, ki so ključnega pomena za razvoj poklicne poti in ustvarjanja družine. Ker pacienti s shizofrenijo pogosto ne uspejo zaključiti šolanja, si ustvariti družine in/ali obdržati zaposlitve za daljši čas, zdravstvena in finančna oskrba največkrat pade na njihove starše in sorojence, kar pušča pacientovo prihodnost v veliki negotovosti. Na tem področju, menimo, je doprinos državne pomoči v obliki financiranja premajhen. Možno izboljšavo vidimo v večji pomoči državnih organov pri vzpostavljanju mreže stanovanjskih skupnosti in ustreznih varstvenih zavodov za pravočasno nastanitev pacientov, tj. pred izgubo svojcev oziroma skrbnikov.

V tretjem raziskovalnem vprašanju smo pozornost namenili vlogi zdravstvene nege pri obravnavi pacientov v okviru psihosocialne rehabilitacije. Po pregledu literature smo

ugotovili, da ima zdravstvena nega najpomembnejšo vlogo tekom pacientove hospitalizacije, nato pa v ospredje stopijo ambulantno psihiatrično zdravljenje in ostale zgoraj omenjene oblike pomoči in podpore. Naloge medicinske sestre so v obdobju po hospitalizaciji predvsem v obliki svetovanja, spodbujanja in motiviranja pacienta k bolj pozitivnim spremembam življenjskih navad, aplikacije morebitne depo terapije pri ambulantnem zdravljenju, hkrati pa je varuhinja njegovih pravic.

Za zaključek menimo, da je tako v Sloveniji kot po svetu na področju zdravstvene nege v psihiatriji ter psihosocialni rehabilitaciji pacientov s shizofrenijo bilo narejenih že precej korakov v pravilno smer (psihoizobraževanje pacientov in njihovih svojcev, dnevni centri in stanovanjske skupnosti, učenje socialnih in vsakdanjih veščin, usposabljanje za zaposlitev, samopomoč in samonadzor, vedenjska in kognitivna terapija, načrtovanje skrbi in podpora družini), z dodatnim raziskovalnim delom, usposabljanjem zdravstvenih in ostalih strokovnih delavcev ter ustreznim financiranjem pa lahko dosedanje uspehe še izboljšamo.

## 5 LITERATURA

1. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bull World Health Organ. 2000; 78(4): 413–426.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560724/>
2. Erzar T. Duševne motnje: Psihopatologija v zakonski in družinski terapiji. Celje: Celjska Mohorjeva družba, 2007: 36-195.
3. Koprivšek J. Shizofrenija in druge psihotične motnje. V: Kores Plesničar B, ur. Duševno zdravje. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2011: 48-51.
4. Zidarič M, Štiglic V, Nunčič P. Zdravstvena nega pacientov s shizofrenijo in zdravstvena nega pacientov z motnjo razpoloženja. V: Kores Plesničar B, ur. Duševno zdravje. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2011: 60-67.
5. Čuček Trifkovič K, Pišlar M. Osnove zdravstvene nege v psihiatriji. V: Kores Plesničar B, ur. Duševno zdravje. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2011: 14-16.
6. Avberšek S in sod. V: Švab V, ur. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje, 2004: 13-19.
7. Koprivšek J. Rehabilitacija v psihiatriji. V: Kores Plesničar B, ur. Duševno zdravje. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2011: 191-192.
8. Švab V. Skupnostna skrb za osebe s psihozo. V: Kocmur M, ur. Shizofrenija - diagnoza, zdravljenje, rehabilitacija: Zbornik predavanj mednarodnega seminarja. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana. Klinični oddelek za mentalno zdravje, 1997: 125-132.
9. Tomori M. V: Zihel S, ur. Psihiatrija. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta, 1999: 169.
10. Levine J, Levine IS. Shizofrenija za telebane. 1. izd. Ljubljana: Pasadena, 2012: 10.
11. Švab V. Priročnik o shizofreniji. Radovljica: Didakta; Ljubljana: Organizacija za duševno zdravje - ŠENT, 2006: 13.



12. Pregelj P, Kobentar R, ur. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik. 1. izd. Ljubljana: Rokus Klett, Psihiatrična klinika, 2009. 40-189.
13. Groleger U. Sodelovanje bolnikov v akutni fazi bolezni. V: Šarotar Novak B, ur. Sodelovanje pri zdravljenju. Zbornik slovenskih predavanj VII. mednarodnega simpozija. T&E d.o.o.: Ljubljana, 2011: 27-36.
14. Vodopivec Z. Uvid in zaupanje: V: Šarotar Novak B, ur. Sodelovanje pri zdravljenju. Zbornik slovenskih predavanj VII. mednarodnega simpozija. T&E d.o.o.: Ljubljana, 2011: 63-70.
15. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D in sod. Barriers to employment for people with schizophrenia. CATIE Study Investigators Group Am J Psychiatry. 2006 Mar; 163(3):411-7.
16. Catty J, Lissouba P, White S, Becker T, Drake RE, Fioritti A in sod. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. EQOLISE Group Br J Psychiatry. 2008 Mar; 192(3):224-31.
17. Vertot P, ur. Invalidi, starejši in druge osebe s posebnimi potrebami v Sloveniji. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 2007: 33.
18. Vukovic D. Zaposlitev v procesu psihosocialne rehabilitacije. V: Švab V, ur. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje, 2004: 87.
19. McGurk SR, Mueser KT, DeRosa TJ, Wolfe R (2009). Work, Recovery, and Comorbidity in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial of Cognitive Remediation.  
  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2659315/?report=classic>  
<24.10.2013>.
20. Xiang YT, Weng YZ, Li WY, Gao L, Chen GL, Xie L in sod. Efficacy of the Community Re-Entry Module for patients with schizophrenia in Beijing, China: outcome at 2-year follow-up. Br J Psychiatry. 2007 Jan; 190:49-56.
21. Mueser KT, Aalto S, Becker DR, Ogden JS, Wolfe RS, Schiavo D in sod. The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment.

- Psychiatr Serv. 2005 Oct; 56(10):1254-60.
22. Wallace CJ, Tauber R. Supplementing supported employment with workplace skills training. *Psychiatr Serv.* 2004 May; 55(5):513-5.
23. Kurtz MM, Wexler BE, Fujimoto M, Shagan SD, Setzler JC (2008). Symptoms Versus Neurocognition as Predictors of Change in Life Skills in Schizophrenia after Outpatient Rehabilitation.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2519168/> <24.10.2013>.
24. McGurk SR, Mueser KT. Review Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophr Res.* 2004 Oct 1; 70(2-3):147-73.
25. McGurk SR, Mueser KT, Harvey PD, LaPuglia R, Marder J. Cognitive and symptom predictors of work outcomes for clients with schizophrenia in supported employment. *Psychiatr Serv.* 2003 Aug; 54(8):1129-35.
26. Mueser KT. Cognitive impairment, symptoms, social functioning, and vocational rehabilitation in schizophrenia. In: Kashima H, Falloon IRH, Mizuno M, Asai M, editors. *Comprehensive Treatment of Schizophrenia: Linking Neurobehavioral Findings to Psychosocial Approaches.* Tokyo, Japan: Springer-Verlag; 2002. pp. 344–351.
27. Benedict RHB. The effectiveness of cognitive remediation strategies for victims of traumatic head-injury: a review of the literature. *Clin Psychol Rev.* 1989;9:605–626.
28. Butler RW, Namerow NS. Cognitive retraining in brain-injury rehabilitation: a critical review. *J Neuropsychol Rehabil.* 1988;2:97–101.
29. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT *Am J Psychiatry.* 2007 Dec; 164(12):1791-802
30. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2007 Dec; 164(12):1791-802.
31. Lindenmayer JP, McGurk SR, Mueser KT, Khan A, Wance D, Hoffman L in sod. A randomized controlled trial of cognitive remediation among inpatients with persistent mental illness. *Psychiatr Serv.* 2008 Mar; 59(3):241-7.

32. Cizelj M in sod. V: Lešnik B, ur. Vizija posebnih zavodov: delovno gradivo. Ministrstvo RS za delo, družino in socialne zadeve. Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani in Skupnost socialnih zavodov Slovenije: Darima. 2004: 56-57.
33. Davidovič Primožič B. Zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2005 str. 88-95.
34. ŠENT-Slovensko združenje za duševno zdravje.  
<http://www.sent.si/index.php> <23.10.2013>.
35. ALTRA-Odbor za novosti v duševnem zdravju.  
<http://www.altra.si/#!o-nas> <23.10.2013>.
36. HUMANA-Združenje svojcev pri skrbi za mentalno zdravje.  
<http://www.humana-svojci.si/index.php/o-zdruzenju> <23.10.2013>.
37. HORUS-Slovenska nagrada za družbeno koristnost.  
<http://www.horus.si/zbornik-2012/images/splosno-novi-paradoks.pdf> <23.10.2013>.
38. OZARA SLOVENIJA-Nacionalno združenje za kakovost življenja.  
<http://www.ozara.org/o-nas/predstavitev/> 23.10.2013>.
39. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J.* 2008;31:280–290.
40. Becker DR, Drake RE, Bond GR, Xie H, Dain BJ, Harrison K. Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Commun Ment Health J.* 1998;34:71–82.
41. Kelly GR, Scott JE, Mamon J. Medication compliance and health education among outpatients with chronic mental disorders. *Med Care.* 1990;28:1181-1197.
42. Goldstein MJ. Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medications for schizophrenia and mood disorder. *Psychopharmacol Bull.* 1992;28:237-240.
43. Beebe LH. What community living problems do persons with schizophrenia report during periods of stability? *Perspect Psychiatr Care.* 2010;46:48-55.
44. Noiseux S, Tribble St-Cyr D, Corin E, St-Hilaire PL, Morissette R, Leclerc C

- (2010). The process of recovery of people with mental illness: The perspectives of patients, family members and care providers: Part 1  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2902465/?report=classic>  
<24.10.2013>.
45. Falloon IRH, McGill CW, Matthews SM, Keith SJ, Schooler NR. Family treatment for schizophrenia: the design and research application of therapist training models. *J Psychother Pract Res.* 1996 Winter; 5(1):45-56.
46. Falloon IRH, McGill CW, Boyd JL, Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychol Med.* 1987;17:59–66.
47. McFarlane WR, Dushay RA, Deakins SM, et al. Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *Am J Orthopsychiatry.* 2000;70:203–214.
48. McHugo GJ, Helmstetter BS, Drake RE. Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorders. *Schizophr Res.* 2005 Jun 15; 75(2-3):337-48.
49. Brooks AJ, Penn PE. Comparing treatments for dual diagnosis: twelve-step and self-management and recovery training. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2003 May; 29(2):359-83.
50. Čuček Trifkovič K, Pišlar M. Osnove zdravstvene nege v psihiatriji. V: Kores Plesničar B, ur. Duševno zdravje. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2011: 14-16.
51. Posodobljena definicija zdravstvene nege. *Zbornica zdravstvene nege UTRIP* 2011;19 (2):12.
52. Filej B. Zdravstvena nega. V: Skela Savič B in sod, ur. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2010: 11-16.
53. Gnezda S. Vloga negovalnega osebja v psihiatrični bolnišnici Idrija nekoč in danes. V: Čuk V, ur. Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji: Zbornik prispevkov. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2007: 45.
54. Kogoj A. Starejši bolniki s shizofrenijo in njihovi svojci. V: Šarotar Novak B, ur.

Sodelovanje pri zdravljenju. Zbornik slovenskih predavanj VII. mednarodnega simpozija. T&E d.o.o.: Ljubljana, 2011: 81-90.

55. Ferfolja A, Hvala N. Kontinuirana zdravstvena nega v psihiatriji – izkušnje v psihiatrični bolnišnici Idrija. V: Čuk V, ur. Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji: Zbornik prispevkov. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2007: 32-41.